

Conditions de facturation d'un avis ponctuel de consultant

Juillet 2014 propositions CSMF

L'avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant ou, par dérogation, pour le stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien-dentiste.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Il est important de rappeler les règles d'utilisation du C2 telles qu'elles figurent dans les textes officiels :

- Le C2 réalisé par un médecin consultant dans le cadre du parcours de soins peut être suivi d'une consultation de synthèse cotée CS (et les majorations MPC et MCS) lorsque le médecin a besoin de bilans complémentaires réalisés par un autre professionnel de santé. Dans ce cas, le médecin spécialiste ne peut pratiquer, personnellement, aucun autre acte technique, que ceux autorisés dans le même temps que le C2.
- Dans d'autres cas, le C2 peut être suivi d'un acte technique permettant d'étayer l'avis d'expertise,
- L'adressage se fait par tous les moyens (oraux, écrits) et c'est le codage et la lettre du médecin spécialiste consultant vers le médecin traitant qui authentifie, dans le parcours de soins, le bienfondé du C2,
- En ce qui concerne la règle de ne pas revoir le patient dans les 4 mois, elle s'appuie également sur la notion de même pathologie (à titre d'exemple, un hépato-gastroentérologue peut donner un avis d'expertise (C2) sur un problème gastrique, puis 2 mois après avoir à donner un avis d'expertise sur le même patient pour un problème colique.
- Il existe un certain nombre de situations spécifiques d'utilisation du C2, notamment pour les anesthésistes réanimateurs et les chirurgiens.

MODE D'EMPLOI

Conditions de facturation d'un avis ponctuel de consultant

1) Tout spécialiste

Le C2 est accessible à tous les spécialistes quelle que soit leur filière de formation : anciens internes de CHU ou titulaires d'un certificat d'études spécialisées, médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des médecins, agissant à titre de consultant, à la demande explicite du médecin traitant.

2) Demande explicite

Le C2 est applicable seulement si le patient est reçu sur « **demande explicite** » de son médecin traitant.

Exemples

- Le malade prend un rendez-vous auprès du médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant avec une lettre de demande de consultation de son médecin traitant. Ceci correspond à la situation la plus courante.
- Le médecin traitant téléphone au consultant pour expliquer sa demande d'avis : ce cas de figure est possible.

Il est souhaitable que le médecin traitant expose par écrit sa demande d'avis au médecin consultant, l'objectif étant de valoriser la coordination entre le médecin traitant et le consultant. Toutefois cette demande écrite n'est pas obligatoire.

Quoi qu'il en soit, dans la lettre du consultant au médecin traitant, la notion d'adressage doit apparaître clairement.

3) Adressage par le médecin traitant

Le C2 est applicable au cabinet ou en établissement dès lors que la demande émane du médecin traitant.

Il s'agit du médecin traitant au sens de la convention médicale nationale.

Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant peut également coter un C2 quand le malade est adressé par le **remplaçant** du médecin traitant ou son associé.

Pour un **patient en déplacement**, est considéré comme médecin traitant celui qui adresse le patient. Le spécialiste consultant doit alors adresser une copie de la lettre au médecin traitant déclaré. Il en est de même pour un **patient vu en urgence**.

Pour les **patients âgés de moins de 16 ans**, ou les titulaires de l'AME, est considéré médecin traitant le praticien qui adresse le patient.

En dehors de ces cas, le C2 n'est pas applicable quand le patient est adressé par un médecin autre que le médecin traitant. Le C2 n'est pas non plus applicable pour le patient âgé de 16 ans ou plus qui n'a pas désigné de médecin traitant (sauf en matière d'AME)

4) Adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques et lui laisser la charge d'en surveiller l'application

Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant ne donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. Il peut cependant faire une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires.

Il adresse par écrit au médecin traitant ses conclusions ainsi que ses propositions thérapeutiques et de suivi.

5) Ne pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant la consultation et ne pas avoir à recevoir à nouveau le malade dans les 4 mois suivants

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant la consultation. Il ne peut pas non plus coter C2 s'il donne un rendez-vous au patient pour une consultation dans les 4 mois qui suivent. Toutefois, si, de façon imprévisible, à l'occasion d'un événement intercurrent, un malade est amené à revoir le médecin consultant, pour la même pathologie, moins de 4 mois après un C2, celui-ci peut coter une CS mais non une C2.

La cotation C2 ne permet donc pas de revoir le patient en consultation rapprochée dans un délai de moins de 4 mois pour la même pathologie, sauf en cas de besoin d'examens complémentaires réalisés par un autre professionnel de santé, suivant les dispositions particulières ci-dessous.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

Certains actes peuvent être associés au C2 dans le même temps

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués au dans le même temps sauf exceptions prévues ; sont autorisés :

a) le cumul à taux plein des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues,

b) le cumul à taux plein des honoraires de la consultation, donnée par un médecin qui examine un patient pour la première fois dans un établissement de soins avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient,

c) le cumul à taux plein des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite

d) le cumul des honoraires à taux plein de l'ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique avec ceux de la consultation pour les rhumatologues et les Médecins de médecine physique et de réadaptation.

e) Le cumul des honoraires des actes de biopsie dermo-épidermique, par abord direct (QZHA001) et de biopsie des tissus sous-cutanés susfasciaux, par abord direct (QZHA005) avec ceux de la consultation, ainsi que BAHA001, CAHA001, CAHA002, GAHA001, HAHA002, QEHA001, JHHA001, JMHA001. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur.

f) Le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

Cependant le médecin spécialiste peut faire dans un deuxième temps les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis de consultant (par exemple une épreuve d'effort, une endoscopie...). Les résultats de ces actes techniques devront obligatoirement éclairer la conclusion de l'avis du consultant qui y fera référence dans son avis transmis au médecin traitant.

Il peut aussi en cas de besoin d'examens complémentaires réalisés par un autre professionnel de santé réaliser ensuite une Cs de synthèse, mais à condition de ne pas réaliser lui-même d'actes techniques (hors ceux autorisés dans le cumul C2 – actes techniques).

Le C2 n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge protocolisée ou d'une séquence de soins.

- 1) Lorsqu'un rythme de consultations spécialisées est prévu dans une prise en charge protocolisée (soins itératifs) et que le patient vient consulter dans le cadre de ce protocole, une C2 ne peut être cotée.
- 2) Une C2 ne peut pas non plus être cotée en cas de séquence de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant (par exemple, médecin traitant, chirurgien, anesthésiste, cardiologue). Dans cette séquence, le médecin anesthésiste réanimateur ne peut noter une C2 que dans les conditions citées ci-dessous et le cardiologue ne peut coter une C2.

C2 et acte chirurgical

La cotation C2 peut aussi être utilisée par le chirurgien lorsque le patient lui est adressé, non pas directement par le médecin traitant, mais par le spécialiste correspondant de ce médecin traitant, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit non seulement au spécialiste correspondant, mais aussi au médecin traitant.

La cotation C2 peut être utilisée quand c'est le même chirurgien qui pratique l'intervention.

La cotation C2 de l'examen de consultant s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

Dans le cas du C2 précédant un acte considéré comme chirurgical (règle des 15 jours), le suivi post opératoire immédiat est couvert pour une période de 15 jours par la facturation de l'intervention (acte global). Au-delà, le suivi peut être couvert par une Cs.

C2 des anesthésistes

La consultation pré-anesthésique définie aux articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Le dossier d'anesthésie doit comporter les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant. Ce compte-rendu figurera dans le dossier d'anesthésie du patient qui doit comprendre également les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

C 2,5 des psychiatres et neuropsychiatres

Le psychiatre ou le neuro psychiatre, en cas de séquence de soins nécessaire pour établir l'avis ponctuel, le psychiatre ou le neuropsychiatre a la possibilité de revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivantes.

La première consultation sera cotée C 2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.

Cs après C2

Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Les résultats de ce bilan devront obligatoirement être transmis au médecin traitant.

Dans ce cas, il facture en premier son avis de consultant C2 et facture une consultation CS quand il revisite son patient. Cette CS est accessible aux majorations éligibles selon la situation : MPC et / ou MCG, MCS, MCC

Ce médecin ne facture alors jamais d'actes techniques dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant (en dehors des cas autorisés de cumul C et actes techniques dans le même temps).

Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée avec cette consultation.

Actes techniques réalisés dans un deuxième temps après C2

Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Les résultats de ces actes techniques devront obligatoirement être transmis au médecin traitant.

Dans ce cas, il facture en premier son avis de consultant C2 (ou C2 et acte technique suivant les règles de facturation en vigueur) et les actes techniques sont facturés dans un second temps, selon les règles Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant.

Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée.

C3 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant cotent leur avis ponctuel de consultant C3.

HONORAIRES

L'avis ponctuel de consultant peut être facturé, s'il répond aux conditions qui viennent d'être développées ci-dessus :

- C2 : avis de consultant du médecin spécialiste
- V2 : avis de consultant donné au domicile du patient
- C2,5 : avis de consultant d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue :
- V2,5 : avis de consultant donné au domicile du patient par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue
- C3 : avis de consultant par un professeur des universités – praticien hospitalier

L'avis de consultant au cabinet (y compris en établissement) ou au domicile du patient n'est éligible à aucune majoration y compris la majoration d'urgence.

Les frais de déplacement habituels peuvent être facturés en cas de délivrance d'avis de consultant au domicile d'un patient.